

## **PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen**

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23925>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

sten, waarbij gebruik werd gemaakt van het CARA-deskundigheds-bevorderingspakket van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De controlegroep bestond uit 19 huisartsen met 275 patiënten. De uitkomstmaten waren CARA-symptomen (Medical Research Council-vragenlijst), ziektespecifieke kwaliteit van leven (Maille-Kaptein-vragenlijst, 7 subschalen) en functionele status gemeten met de COOP-WONCA-kaarten. De gegevens werden verzameld door middel van schriftelijke vragenlijsten.

**Resultaten.** Na een jaar was er wat betreft ziektespecifieke kwaliteit van leven een vooruitgang in alle drie de groepen; het meest uitgesproken in de monitoring/feedback-groep; gemiddeld 15% van de uitgangswaarde, significant op alle 7 subschalen ten opzichte van de uitgangswaarde ( $p < 0,05$ ). De nascholings- en de controlegroep vertoonden beide gemiddeld 8% vooruitgang ten opzichte van de uitgangswaarde, significant bij 2 van de 7 subschalen. Wat betreft de COOP-WONCA-kaarten waren alleen bij de kaarten 'algemene gezondheid' in de monitoring/feedback-groep ( $p < 0,01$ ), en 'gemoedstoestand' in de controlegroep ( $p < 0,05$ ) de veranderingen ten opzichte van de uitgangswaarde significant. Bij de symptoomscore was de verandering ten opzichte van de uitgangswaarde het grootst (16%) in de monitoring/feedback-groep. De veranderingen waren niet significant ten opzichte van de veranderingen in de controlegroep, behalve bij de COOP-WONCA-kaart 'gemoedstoestand' (verbetering in controlegroep,  $p < 0,05$ ).

In een subgroepanalyse van ernstigere CARA-patiënten was er een significante ( $p = 0,002$ ) verbetering van de symptoomscore in de monitoring/feedback-groep ten opzichte van de controlegroep.

**Conclusie.** Hoewel de gevonden veranderingen niet significant zijn ten opzichte van de controlegroep, zijn deze in de monitoring/feedback-groep allemaal in dezelfde richting en groter, hetgeen een aanwijzing is dat monitoring/feedback leidt tot minder CARA-symptomen en een betere ziektespecifieke kwaliteit van leven-score. Nascholing heeft geen effect op symptoom- en kwaliteit van leven-score.

I.J.M.Smeele, C.P.van Schayck, R.Grol en A.R.Maille (Nijmegen), *Ziektespecifieke kwaliteit van leven van CARA-patiënten in de huisartspraktijk*

Is er een beperking van de kwaliteit van leven (KvL) van CARA-patiënten onder behandeling van de huisarts? Wat zijn de relaties tussen (subjectieve en objectieve) indicatoren van ziekte-ernst en de beperkingen van de KvL?

**Methoden.** Uit 11 huisartspraktijken werden 351 volwassen CARA-patiënten (uitsluitend onder behandeling van de huisarts) geselecteerd op basis van astmaspecifiek medicatiegebruik en longfunctiebeperking (geforceerd expiratoir eensecondedevolume ( $FEV_1$ )  $\leq$  PV-1.64SD). Voor dit transversale onderzoek werden gegevens verzameld betreffende symptomen (Medical Research Council-vragenlijst), medicatiegebruik, co-morbiditeit, rookgewoonte, exacerbaties, ziektespecifieke KvL (Maille-Kaptein-vragenlijst), functionele status (COOP-WONCA-kaarten) en longfunctie ( $FEV_1$ ).

**Resultaten.** De gemiddelde score op de ziektespecifieke KvL (op een 7-punts-Likert-schaal; 1 = geen beperking, 7 = ernstige beperking) op de 7 subschalen liep van 1,5 (SD 0,92) voor 'algemene activiteiten' tot 2,45 (SD 1,07) voor 'ademhalingsklachten'. Er werden relevante, noch significante relaties gevonden met meer objectieve indicatoren van ziekte-ernst zoals rookgedrag, bronchusverwijder-gebruik en  $FEV_1$  (Spearman  $r = 0,01-0,22$ ). Er was wel een relevante en significante correlatie met subjectieve indicatoren zoals symptoomscore ( $r = 0,44-0,74$ ;  $p < 0,0001$ ). De COOP-WONCA-scores (schaal

1 tot 5; 1 = geen beperking, 5 = ernstige beperking) liepen van gemiddeld 1,7 (sociale activiteiten) tot 2,2 (gemoedstoestand). De correlaties met de ziekte-indicatoren waren op één na allemaal zwak ( $r < 0,34$ ).

In een multivariaat model kon met genoemde ziekte-indicatoren ongeveer een derde ( $r^2 = 0,34-0,38$ ) van de variantie van de ziektespecifieke KvL en minder dan een kwart ( $r^2 = 0,09-0,24$ ) van de variantie bij de COOP-WONCA-kaarten verklaard worden. De ernst van de kortademigheid had in dit model (met name voor de activiteiten en psychosociale subschalen) de grootste bijdrage ( $p < 0,00-0,01$ ).

**Conclusie.** De KvL van CARA-patiënten onder behandeling van de huisarts is maar bij een kleine groep patiënten beperkt. Slechts een klein deel van het verschil in de KvL tussen CARA-patiënten kan verklaard worden uit in de huisartspraktijk gebruikte indicatoren van ziekte-ernst. De mate van kortademigheid is daarvan de belangrijkste, de longfunctie ( $FEV_1$ ) levert nauwelijks een bijdrage.

G.van den Boom, M.P.M.H.Rutten-van Mölken, C.P.van Schayck en C.van Weel (Maastricht), *Functionele status en kwaliteit van leven bij personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van astma en (of) chronische obstructieve pulmonale ziekte*

In een grootschalig onderzoek waarin 10 huisartspraktijken participeren worden momenteel 384 personen gevolgd. Deze personen vormen een steekproef uit de open populatie waarbij na een eenmalige screening een verhoogd risico is geconstateerd op het ontwikkelen van astma en (of) chronische obstructieve pulmonale ziekte (COPD). De monitoring bestaat uit periodieke (longfunctie)metingen om na te gaan of astma en (of) COPD zich daadwerkelijk ontwikkelen. Tijdens de driemaandelijke metingen op de praktijken wordt defunctionele status (FS) gemeten met behulp van de COOP/WONCA-kaarten. Jaarlijks wordt de kwaliteit van leven (KvL) gemeten met behulp van twee ziektespecifieke instrumenten: de 'Chronic respiratory questionnaire' en de 'Asthma quality of life questionnaire'. Uit analyse van de eerste gegevens bleek dat van de 384 personen 74% de afgelopen jaren de huis- en (of) longarts niet heeft geconsulteerd in verband met ademhalingsproblemen. Zelfs bij de ernstigste gevallen (geforceerd respiratoir eensecondedevolume ( $FEV_1$ )  $\leq$  voorspelde  $FEV_1 - 2$  SD of een reversibiliteit  $\geq 15\%$  en een  $PC_{20}$  (de minimale concentratie histamine die een 20% daling in  $FEV_1$  veroorzaakt)  $< 2$ ) is dit percentage hoog te noemen (65%).

Wat is de reden dat sommige risicopatiënten wel en anderen niet de huis- en (of) longarts consulteren in verband met ademhalingsproblemen? Deze vraagstelling beperkt zich tot de (genetische) FS en de (ziektespecifieke) KvL.

**Methoden.** De groep van 384 personen met een verhoogd risico op het krijgen van astma en (of) COPD is ingedeeld in een groep die wel en een die niet de huis- en (of) longarts geconsulteerd heeft. De verschillen in FS en KvL tussen deze twee groepen zijn getoetst met behulp van non-parametrische toetsen (Mann-Whitney). De scores op de COOP-WONCA-kaarten (FS) lopen van 1 (niet beperkt) tot 5 (maximaal beperkt). De scores op de afzonderlijke domeinen van de ziektespecifieke KvL-instrumenten lopen van 1 (maximaal beperkt) tot 7 (geen enkele beperking).

**Resultaten.** De resultaten van de toetsen staan in onderstaande tabel.

**Conclusies.** De functionele status verschilt niet significant tussen de groep die wel en de groep die geen medische hulp zocht in verband met ademhalingsproblemen; de ziektespecifieke KvL echter wel. Deze verschillen zijn statistisch hoog sig-



De scores betreffende de functionele status en de kwaliteit van leven van 384 risicopatiënten voor astma en (of) chronische obstructieve pulmonale ziekte die wel of niet de huis- en (of) longarts consulteerden in verband met ademhalingsproblemen

	<i>huis- en (of) longarts geconsulteerd</i>		p
	<i>wel</i>	<i>niet</i>	
<i>functionele status</i>			
fysiek	1,95	1,95	0,349
gevoel	1,83	1,88	0,466
dagelijkse activiteiten	1,76	1,57	0,110
sociale activiteiten	1,56	1,43	0,187
totaal	2,90	2,73	0,143
<i>kwaliteit van leven</i>			
<i>'Chronic respiratory questionnaire'</i>			
dyspnoe	4,12	4,93	0,001
emoties	5,27	5,52	0,063
moeheid	4,98	5,48	0,000
controle	6,49	6,69	0,004
totaal	5,45	5,81	0,000
<i>'Asthma quality of life questionnaire'</i>			
activiteiten	6,64	6,42	0,028
symptomen	6,47	6,19	0,000
emoties	6,92	6,80	0,002
omgeving	6,69	6,49	0,007
totaal	6,62	6,38	0,000

nificant en doen zich voor op al de gemeten domeinen van KvL. De KvL is in tegenstelling tot de FS wel een verklarende factor van het medisch consumptiegedrag in deze onderzoeksgroep.

C.P.van Schayck, E.Dompeling, M.P.M.H.Rutten, H.Folgering, G.van den Boom en C.van Weel (Nijmegen), *Invloed van inhalatiecorticosteroiden op de kwaliteit van leven bij patiënten met astma en chronisch obstructieve longziekte*

De laatste jaren worden inhalatiecorticosteroiden (IC) algemeen voorgeschreven bij patiënten met astma en in mindere mate bij patiënten met chronisch obstructieve longziekte (COL). Er is echter betrekkelijk weinig bekend over de invloed van IC op de kwaliteit van leven bij patiënten met astma of met COL, terwijl juist de kwaliteit van leven voor de patiënt zeer belangrijk is en mogelijk bepalend is voor de compliantie ten aanzien van deze medicatie.

**Doel.** In een vier jaar durend prospectief gecontroleerd onderzoek werd de invloed van beclometasondipropionaat (BDP; 2 maal daags 400 µg) op de kwaliteit van leven vastgesteld bij 28 patiënten met astma en bij 28 patiënten met COL. Tevens werden de effecten van BDP op de symptomen en de longfunctie onderzocht.

**Methoden.** In de eerste twee jaar werden de patiënten alleen behandeld met de bronchusverwijders salbutamol of ipratropiumbromide. Tijdens het derde en vierde jaar werden ze aanvullend behandeld met BDP. De kwaliteit van leven werd gemeten bij aanvang van het onderzoek en na 2 en 4 jaar met behulp van de 'Vragenlijst over ervaren gezondheid' (VOEG) en de 'Nottingham health profile' (NHP).

**Resultaten.** Hoewel BDP het beloop van de longfunctie (geforceerd expiratoir eensecondedevolume; FEV<sub>1</sub>) significant verbeterde ( $p < 0,0001$ ), verbeterde deze medicatie de VOEG-score of de zes dimensies van de NHP niet, noch bij astma noch bij COL. Tijdens de behandeling met BDP verminderden bij astma de respiratoire symptomen tijdelijk in maand 4-6 ( $p <$

0,01) en bij COL in maand 7-12 ( $p < 0,05$ ). Zowel transversaal als longitudinaal werd er een zeer zwakke ( $r < 0,4$ ;  $p > 0,05$ ) relatie gevonden tussen de (verandering in) kwaliteit van leven en de (verandering in) FEV<sub>1</sub>.

**Conclusie.** BDP verbetert niet de kwaliteit van leven van patiënten met astma of COL zoals die werd gemeten door middel van deze generieke instrumenten. BDP verbeterde echter wel het beloop van de longfunctie aanzienlijk en verminderde tijdelijk de ernst van de symptomen. Mogelijk was een verandering in de kwaliteit van leven wel ontdekt als gebruik zou zijn gemaakt van een ziektespecifiek instrument. Bij aanvang van het onderzoek was een dergelijk instrument niet beschikbaar. Wanneer de kwaliteit van leven werkelijk niet verbetert bij het gebruik van IC kan dit belangrijke gevolgen hebben voor de medicatietrouw ten aanzien van deze middelen.

P.M.van Grunsven, E.Dompeling, C.P.van Schayck, J.Molema, R.P.Akkermans, H.Folgering en C.van Weel (Nijmegen), *Kunnen patiënten met licht astma stoppen met inhalatiecorticosteroiden in een stabiele fase van de ziekte?*

De meeste patiënten met astma worden in de huisartspraktijk behandeld met inhalatiecorticosteroiden. Een belangrijke vraag is of deze medicijnen de inflammatie bij astma echt doen verdwijnen, of slechts onderdrukken. Als inhalatiecorticosteroiden 'genezen', zou het mogelijk moeten zijn om in een stabiele fase van de ziekte met deze onderhoudsmedicatie te stoppen.

**Doel.** Onderzoeken of het mogelijk is om de lange-termijn-behandeling met inhalatiecorticosteroiden te stoppen bij patiënten met licht astma.

**Methoden.** De experimentele groep bestond uit 19 astmapatiënten, die gedurende minstens een jaar voorafgaand aan het 2 jaar durende onderzoek dagelijks inhalatiecorticosteroiden hadden gebruikt. Deze patiënten waren volgens hun huisarts niet corticosteroidafhankelijk. In een 8 weken durende 'wash-out'-periode werd dit getest. De controlegroep bestond uit 70 astmapatiënten die geen inhalatiecorticosteroiden hadden gebruikt in het jaar voorafgaand aan het onderzoek. Bij het begin van het onderzoek (na de wash-out-periode van de inhalatiecorticosteroiden) waren de patiënten in beide groepen volledig vergelijkbaar ten aanzien van alle relevante karakteristieken. Het gebruik van inhalatiecorticosteroiden werd gedurende 2 jaar gestopt. De belangrijkste uitkomstvariabelen van de studie waren de jaarlijkse afname van de geforceerde eensecondewaarde (FEV<sub>1</sub>), en de uitval ten gevolge van te zware of teveel exacerbaties (corticosteroidafhankelijkheid). Secundaire effectparameters waren: de jaarlijkse verandering in aspecifieke overgevoeligheid van de luchtwegen (PC<sub>20</sub>-histamine: de minimale concentratie histamine die een 20% daling in FEV<sub>1</sub> veroorzaakt), het aantal exacerbaties en de symptomen.

**Resultaten.** In de experimentele groep vielen tijdens het onderzoek 12 van de 19 (63%) patiënten uit vanwege corticosteroidafhankelijkheid. In de controlegroep vielen slechts 8 patiënten om deze reden uit (11%) ( $\chi^2 = 20,1$ ;  $p < 0,0001$ ). Bij de 10 patiënten uit de experimentele groep die minstens een jaar zonder corticosteroiden konden, was de jaarlijkse FEV<sub>1</sub>-daling veel groter dan bij de patiënten in de controlegroep (165 versus 40 ml/jr;  $p = 0,022$ ). De secundaire effectparameters lieten geen significante verschillen zien tussen de experimentele en de controlegroep.

**Conclusie.** Deze analyse laat zien dat het abrupt stoppen van een onderhoudstherapie met inhalatiecorticosteroiden bij veel patiënten met licht astma niet mogelijk is. In plaats van stoppen met de behandeling zouden huisartsen bij de individuele patiënt de minimaal effectieve dagelijkse dosering van een inhalatiecorticosteroid kunnen titreren.